

よこそうをよりよく知るためのフリーマガジン

プロムナード

2023年

12月号

Vol.368

毎月1日発行

特集 1

『Aiについて』

放射線科医 加地 辰美

『よこそうソシエタメディカ#3』

内科医 藤田 陽子

よこそうニュース 『認知症サポートー養成講座』他

連載

Dr.長田の認知症学事始
谷川博士のお薬よもやま話

教えて薬剤師さん
よこそう医療福祉情報局

TAKE FREE

Aiとは

皆さんAiという略語をご存知ですか。Aiと言ってもAIではありません。AiとはAutopsy imagingの略で、AI (Artificial Intelligence；人工知能による医療支援)と区別するために小文字のiを使用しています。日本語では“死亡時画像診断”的ことです。CT、MRIなどの画像診断機器を用いて、ご遺体を傷つける事無く撮影し、病状や死因を究明するシステムです。体表の検死では分からぬ遺体内部の情報（出血や骨折等）が得られる事から死因究明の精度向上に資すると考えられています。

Aiの歴史

Aiは古くは1898年米国でレントゲン写真による死体撮影が行われた¹⁾。CT、MRIの進歩に伴って欧米では1990年代後半からCT、MRIによる死後画像診断が行われるようになった。日本では放射線医学総合研究所重粒子医科学センターの江澤英史先生らによりAiの概念が提唱され、2003年にAutopsy imaging学会が設立された。海堂尊氏（江澤英史先生のペンネーム）の【チームバチスタの栄光】や【ラジエーションハウス～放射線科の診断レポート#05Aiで犯人をさがせ】、米国の【CSI:科学捜査班】の放映で初めてAiの存在を知った方も多いと思われる。2020年には死因究明等推進基本法が成立し、死因究明等に係わる専門的な機関や人材育成の整備することをめざして、厚生労働省に死因究明等推進本部が設置された。現在（令和5年11月13日～令和6年2月5日）人材育成の一環として日本医師会をはじめとする関連学会により死後画像診断(Ai)研修会がe-learning形式で医師、診療放射線技師を対象に行われている。

Ai(死後画像診断)の現状

死因究明の最も精度の高い方法は解剖ですが、我が国の剖検率は2%台で先進国中最低レベルであり¹⁾、死因不明社会の汚名に甘んじている。その原因として、解剖医の不足や行政解剖に対する予算不足、遺族が遺体を傷つけることへの抵抗感が挙げられる。

死因が明らかになる事により、死因に納得のいかない遺族の納得度の向上、病気の進行度や、治療の効果の判定など医学上のメリットがある。さらに異常死の場合は犯罪性が疑われれば、司法解剖を行う判断材料にもなる。特に児童虐待の場合は有力な証拠となる。しかし先述したように剖検医や予算不足の現状において、この先剖検率を上げる事は困難が予想される。我が国のCT普及率は世界一であり、2011年の日本病院会の救急医療に関するアンケート調査で不慮の死亡例に対するAiの実施率は48.8%と約半数を占めることも明らかになっており、徐々にではあるがAiの実施が普及していることが窺える。Aiの死因究明率は30-40%程度と剖検と比較して決して高くはないが、Aiのメリットには遺体の損壊がないため遺族の承諾を得やすい、画像として保存されているので第三者による客観的評価が可能、検査費用が安い、検査時間が短いなどが挙げられる。空気塞栓や銃創などは解剖よりもむしろAiの方が診断能に優れているところもある。解剖とAiは相補的関係にあり、まずはAiを行いデーターとして残しておいて、必要な症例に関しては解剖に持っていく方向にあるといえる。院内外を問わず、死体の撮影に関しては、搬送も含めて死後のあるがままの姿勢を保持し、特に院内症例ではカテーテル類、点滴などは一切抜去せず頸椎も含めて全身を撮影するのが基本である。Aiは医療行為ではなく死因究明とともに、証拠保全の目的もあるからである。

当院では2018年5月から2023年10月までCTによるAi症例は53例あり、CTで確実に死因を確定できた症例は15例（約28%）程度です。死後画像診断による究明率が高いという事は偶然CTで確認できた死因が多かったという事であり、医療機関の優劣を表すものではない。

CTによる死後画像所見について

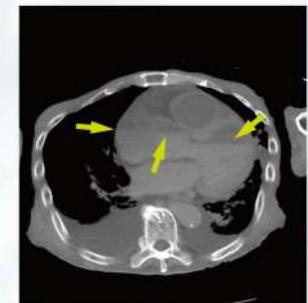
死後画像診断における画像所見はa)早期の死後変化、晩期の死後変化、b)蘇生術後合併症、c)病変（特に死因に関連する所見）の3つに大別される²⁾。CT読影で重要な事は早期の死後の変化や蘇生術後の合併症を見極め死因と混同しない事である。本稿での早期とは院内症例に限っているので死後数時間程度である。今回は晩期の死後変化については割愛した。

参考文献 ■1)日本医師会Ai研修会2023.11.13～2024.2.5 ■2)死後画像読影ガイドライン2020年版 ■3)Shiotani, S., M. Kohno, N. Ohashi, K. Yamazaki, and Y. Itai: Postmortem intravascular high-density fluid level (hypostasis): CT findings. Journal of Computer Assisted Tomography, 26 (6): 892-893, (2002) ■4)Takahashi, N., C. Satou, T. Higuchi, M. Shiotani, H. Maeda, and Y. Hirose: Quantitative analysis of intracranial hypostasis: comparison of early postmortem and antemortem CT findings. AJR: American Journal of Roentgenology, 195 (6): W388-393, (2010) ■5)Shiotani, S., M. Kohno, N. Ohashi, K. Yamazaki, H. Nakayama, Y. Ito et al.: Hyperattenuating aortic wall on postmortem computed tomography (PMCT). Radiation Medicine, 20 (4): 201-206, (2002) ■6)Yang, K.M., M. Lynch, and C. O'Donnell: "Buckle" rib fracture: an artifact following cardio-pulmonary resuscitation detected on postmortem CT. Legal Medicine (Tokyo, Japan), 13 (5): 233-239, (2011)



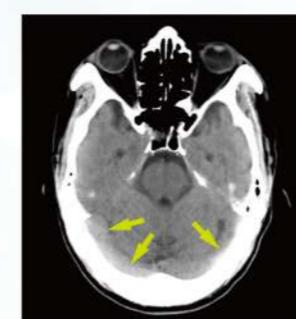
a) 早期の死後変化

CTで見られる早期の死後変化には死体硬直や血液凝固、線溶現象、血液就下がある。死後硬直により心筋や大動脈壁の肥厚と高濃度化⁵⁾、血漿成分の血管外漏出も伴って大動脈の扁平化が起きる。血液就下とは血液循環の停止により、血液が重力により死体の低い部分に移動する現象です。死後に血液は血漿成分と血球成分に分離して重たい血球成分が下に、軽い血漿成分が上に分離する。赤血球にはヘモグロビン鉄が含まれているため、CTでは水平面を形成して下に高濃度、上に低濃度の二層性（図1）としてみられる³⁾。血液就下は死後20-30分程度から始まり15時間ぐらいで完成するとされている。以下に各部位毎に血液就下を含めた死後正常CT所見について述べる。

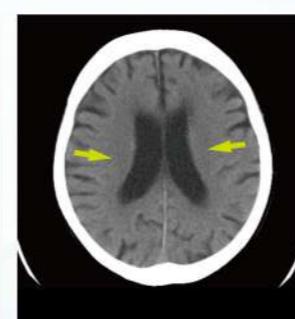


（図1）右房、上行大動脈、左室内に鏡面像がみられる。

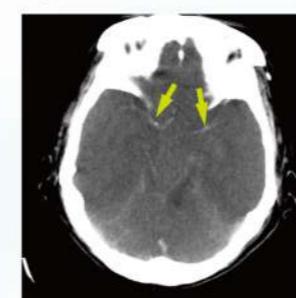
※ちなみに皮膚に見られる死斑も皮下血管の血液就下である。死斑の色でも死因が特定される事がある。通常は暗紫赤色だが、一酸化中毒では鮮やかなピンク色、亜硝酸ナトリウムではチョコレート色、塩素酸カリウム中毒、硫化物中毒では緑色を帯びると言われている。CTでは体内血液就下の色までは確認できない。



（図2）横静脈洞の血液就下。硬膜下血腫と混同しやすい。



（図3）脳幹部梗塞例 皮膚境界が不鮮明。



（図4）長期間低酸素脳症の状況にあった。著明な脳浮腫がみられる。脳内主幹動脈の血栓（矢印）が見られる。



（図5）肺内就下。右肺に液面形成がみられる。

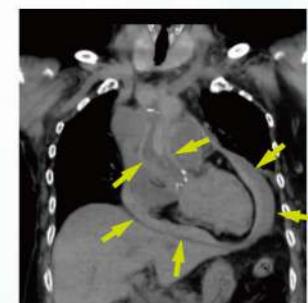
【頭部】静脈洞内で血液就下が起きた場合、やはり二層性にみえるが高吸収としてみられる部分が硬膜下血腫（図2）やクモ膜下血腫など頭蓋内出血と紛らわしいことがある⁴⁾。

心肺停止に伴い脳への血流停止とともに起きる低酸素脳症では、軽度の脳浮腫（図3）が認められる。頭部CT所見は死後直後では皮膚境界の不明瞭化がみられる。死後直後に高度の脳浮腫が見られた場合、生前の事件や事故による低酸素脳症（図4）を疑うことも必要である。

【心大血管】血液就下が最も目につく代表的な臓器である。CT上は心臓内腔や胸部大動脈、肺動脈内に二層性に認められる（図1）。高度貧血や低体温症或いは長時間川や海で浮遊していた状態では血液就下が明瞭に確認できることもある。

循環停止した状態では血管は一様に静的の平衡圧は約7mmHgとされており、上下大静脈や右心房などの右心系の拡張と死後硬直により大動脈平滑筋の収縮、動脈壁の肥厚と壁のCT値上昇が見られる⁵⁾（図10）

【肺野】血液就下は肺内でも起こり得る。仰向けで静置されていた場合、血液等の成分が背側に集まり背側のCT値上昇がみられる（図5）。低体温症の場合はCT値の上昇が見られないこともある。



（図10）解離性動脈瘤による心タンポナーデ 上行大動脈壁肥厚。

b) 心肺蘇生(胸骨圧迫)術後合併症

胸骨圧迫による心肺蘇生術後には肋骨骨折、気胸、血胸、胸骨骨折、縦隔血腫、皮下気腫、隔気腫、心嚢内血腫、血管内や臓器にガス、胃内容逆流、誤嚥性肺炎、肺損傷、肝損傷などが挙げられる。

肋骨骨折では肋骨の内側のみの不全骨折（Buckle rib fracture）（図6）として見られる事が多く、原則として背側の骨折は見られない⁶⁾。

当院のAiによる死因不明例には誤嚥による気管閉塞症例が13例あり、死後には気管気管支に滲出液が貯留することや蘇生術後合併症との区別困難なため死因確定例から省いている。

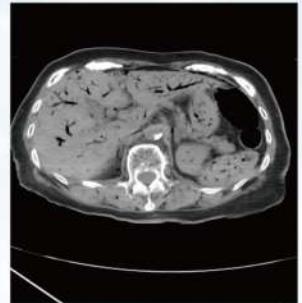


（図6）心肺蘇生後変化。矢印の部分に肋骨骨折が認められる。背部の肋骨に骨折は見られない。

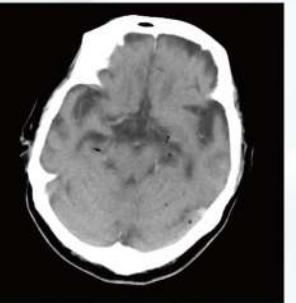
特集 1

しかしDNAR (Do Not Attempt Resuscitation;蘇生措置拒否) 症例で死亡直後に撮影された症例では誤嚥による窒息死の判断を下す事もある。死後時間経過とともに血管透過性の亢進により気道内や胸腔に液体が貯留することがあるので注意を要する。

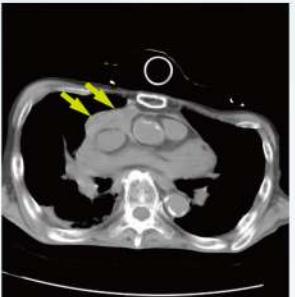
胸骨圧迫により内胸動脈損傷、肺血管損傷により縦隔血腫（図7）や心囊内血腫を来す事がある。このような症例では心大血管（主に上行～弓部大動脈）に動脈瘤などの所見が無い事を確認する必要がある。生前のCTがあれば参考することでより正確な診断が可能である。



（図8）上行大動脈解離性動脈瘤破裂と心タンポナーデ。門脈内ガス。



（図9）上行大動脈解離性動脈瘤破裂と心タンポナーデ。頭蓋内静脈ガス。



（図7）心肺蘇生後変化。心肺蘇生後の縦隔血腫。

胸骨圧迫により消化管の粘膜損傷により腸管内ガスが腸管壁から門脈本幹や肝内門脈（図8）にみられることがある。心腔内の急激な圧変化に伴う窒素ガスの溶出がある⁷⁾。輸液路からの空気の混入もある。これらのガスは終末血管の肝臓内門脈（図8）や頭蓋内静脈（図9）、右心系に多く見られる。頭部血管内にみられるガスは空気塞栓と混同されることも希にありうる。

c) 病変特に死因に関連する所見

一般的に頭部挫滅、心臓破裂、頸椎骨折といった外傷性変化の解剖所見と死亡時画像診断と所見との一致率は約86%といわれている。内因死では出血性の病態を死因として検出可能である。これは血腫が高濃度（CT値40–70HU）を示すので、最も検出しやすいCT所見だからである。虚血性疾患や炎症性疾患、腫瘍性疾患の診断にはCTよりもむしろMRIが優れていると言われているが、撮影時間がかかる事や高額である事などから我が国では施設により一部の施設では行われているがまだ一般的ではない。

当院でCTにより確認された死因15例中で最も多いのは胸腹部大動脈瘤破裂で7例を占めている。全ての症例で大動脈の虚脱と破裂部位周囲に高濃度血腫を認める。胸部大動脈瘤破裂では心囊腔内（図10）や縦隔、胸腔内。腹部大動脈瘤破裂（図11）では主に後腹膜腔に血腫を認める。

その他の出血例では硬膜外血腫、くも膜下出血（図12）が見られた。

出血以外の死因は脳梗塞、肺炎であるが、いずれも病変が広範囲に及ぶ事が多い。CTによる外傷や出血性疾患以外の死因の究明率は低く、困難な問題もあるが今後多くの施設でのMRIの活用が、死因究明率の向上の一助になると予想される。

最後に

ここでは死亡時画像診断ということで主に院内で死後数時間以内に撮影されるAiについて話を進めてきました。Aiには院外の事件や事故に巻き込まれた症例や死後長期間経過した症例など司法解剖に寄与するAiも存在するが誌面の関係で割愛した。死後の人体の変化という点では同じだが、死亡した時の周囲の環境や、死後から撮影までの時間経過による人体の変化など読影には更なる専門知識と経験が必要である。事件や事故では裁判の証拠として扱われ、保険機関にも提出される読影レポートがあるので、読影には細心の注意が必要となる。

参考文献 ■7)Shiotani, S., M. Kohno, N. Ohashi, S. Atake, K. Yamazaki, and H. Nakayama: Cardiovascular gas on non-traumatic postmortem computed tomography (PMCT): the influence of cardiopulmonary resuscitation. Radiation Medicine, 23 (4): 225-229, (2005)

加地 辰美
Tatsumi Kaji MD

横浜総合病院
放射線科 部長

- ・岡山大学医学部(1979年卒)
- ・防衛医科大学校名誉教授
- ・放射線専門医
- ・IVR専門医
- ・日本腹部救急医学会教育医



放射線部のご紹介



私たち診療放射線技師は医師または歯科医師の指示のもと、診断に必要な画像を適切に撮影し検査する事でチーム医療に貢献しています。画像のプロとして、ただスイッチを押し撮影するのではなく、病気の第一発見者となるべく見えないものをより見えるように工夫し、日々技術を磨いています。

また、週に一回、放射線科医の加地先生より症例検討会を開いていただき知識を高めています。



医療機関において、必要不可欠な部署でありながら患者さんと接する時間も短く、また隔離された薄暗い部屋に閉じこもっている印象を持たれがちな、我々、診療放射線技師を使用機器と共に紹介します。



当院の診療放射線技師は男性14名、女性6名の計20名のメンバーで構成しています。
24時間365日いつでも対応できるよう当直や待機をし、準備をしています。

検査でわからない事など
ございましたら
お気軽にお声かけ下さい

American Society of Nephrology 米国腎臓学会議

(内科医 藤田 陽子)

American Society of Nephrology (アメリカ腎臓学会)が主催する KIDNEY WEEK 2023に参加してきました。KIDNEY WEEKは1966年から60年近くの歴史がある学術集会です。

アメリカ北東部にあるペンシルバニア州フィラデルフィアに約12,500人の腎臓内科医・研究者が世界各国から集いました。

KIDNEY WEEK 2023

初日は、自分が興味のある分野についての集中講義を受講することができ、私は心腎連関（心臓病と腎臓病がお互いに影響を与える病態）について学びました。2日目から最終日までは、様々な講演とポスター発表とが同時に複数の会場で行われます。ポスターは3日間



で約3,000枚が掲示されましたが、これだけの数の大小様々な研究が世界中でなされていることに刺激を受けました。ポスター発表のスタイルは日本よりもかなり自由で、自分のポスターの前に立ち、興味を持ってくれた参加者に自ら声をかけて説明やディスカッションする形です。私も積極的に声をかけ、たくさんの方から意見をいただくことができました。広い学会会場のあちこちで、研究者たちが興奮気味に語り合う姿が印象的でした。

研究内容

私は今回、腎臓のネフリン（タンパク質が尿に漏れるのを防ぐバリアの構成要素）に対する自己抗体を有する微小変化型ネフローゼ症候群（MCD）に関する発表を行いました。MCDは腎臓の病気の一つで、大量の蛋白尿が出て急激に浮腫や腎機能障害をきたすことで知られていますが、原因はまだよくわかりません。今回は、アメリカのHarvard大学の附属病院であるBrigham and Women's Hospitalと共同で研究した結果を発表しました。将来的に日常診療に活かせるよう研究を進めていきたいと思います。

フィラデルフィアの名所

学会終了後、フィラデルフィア美術館を訪ねました。建国100周年を記念して作られた大変歴史のある美術館であり、古典絵画からモダンアート、古今東西24万点以上の美術作品が展示されています。展示室の照明や装飾などが非常に工夫されており、部屋を移動するごとにスイッチを切り替えるようにその作品世界に入り込むことができる素晴らしい構成でした。

私が美術館を訪れたのは夜7時ごろでしたが、入場者はそれほど多くなかったため、普段なら人だかりで遠目にしか鑑賞できないであろうゴッホの『ひまわり』も、モネの『睡蓮』も、独り占めしてその筆遣いの一つ一つまでを堪能することができました。

フィラデルフィアに息づくアートとサイエンス、その両方に触れることができた旅でした。

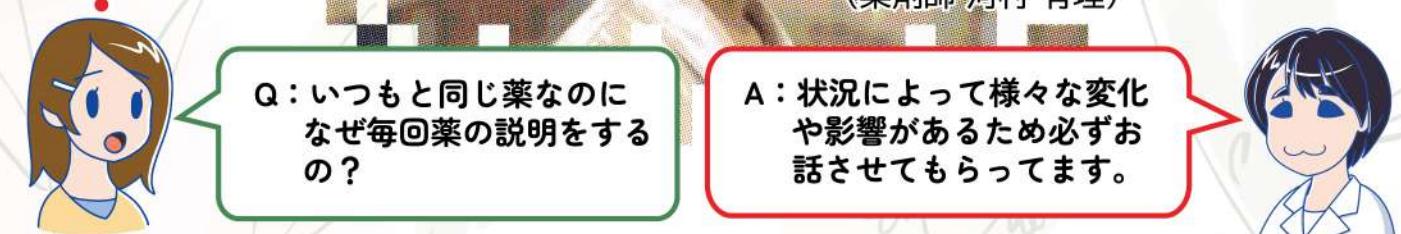
藤田 陽子
Yoko Fujita
内科医員

聖マリアンナ医科大学(2015年卒)
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
聖マリアンナ医科大学病院
医学博士

日本腎臓学会腎臓専門医
日本内科学会認定医
緩和ケア講習修了



教えて 薬剤師さん お薬に関するエトセトラ



(薬剤師 河村 有理)

Q: いつもと同じ薬なのになぜ毎回薬の説明をするの?

A: 状況によって様々な変化や影響があるため必ずお話をさせてもらっています。

お薬をお渡しするまで

前回では「お薬集め」「最終監査」についてお話をしました。今回は最後の「投薬」について紹介していきます。皆さんは薬局窓口で「いつもと同じ薬なのになぜ毎回薬の説明をしたり、症状を聞いてきたり、お薬手帳を確認したりするのだろう…」と思ったことはありませんか？

同じ内容の物なら、「今日も同じですね」とだけ言って渡せばいいかもしれません。しかし私たち薬剤師がお渡ししているのは、「ただの物」ではなく「薬」なのです。薬には効能がある一方で副作用があり、また薬同士の飲み合わせによる効果の変化などもあります。薬剤師が窓口で確認していることは、大まかに分けて、①薬が効きすぎていないか、副作用が出ていないか、②薬を誤った方法で服用していないか、③他の病院・クリニックの処方薬との飲み合わせは問題ないか、の3点です。

●薬が効きすぎていないか

薬の効き・副作用には、患者さんが自分で気づくことができる自覚症状と、様々な検査結果など他者（医師など医療従事者）が認識できる他覚症状の2パターンがあります。私たちはカルテから検査結果を確認することはできますが、自覚症状の有無については実際に患者さんに聞かないと知ることはできません。患者さんから聞いた症状の内容によっては医師へ情報提供し、薬の変更や減量・中止などを判断する必要がでてくる場合もあります。そのため窓口での質問と回答は、薬剤師が薬を継続しても問題ないかを判断する材料の1つとなるのです。

●誤った方法で服用していないか

薬を正しい方法で服用できているか否かの確認も重要です。1日3回服用するものを1回しか服用しない場合は薬の効きは悪くなってしまうかもしれません。逆に、1日1回服用するものを1日3回にしてしまうと副作用が出てしまうかもしれません。正しく服用しているかどうかは言うまでもなく、効果的かつ安全に治療を継続する上で大切な確認事項になります。

●飲み合わせは問題ないか

最後に薬の飲み合わせです。当院で処方された薬なら診療科が異なったとしても、カルテ上で確認することができます。しかし他の病院・クリニックの薬は、患者さんからでないと情報が得られません。その際に活躍するのがお薬手帳です。薬剤名・規格・用量等を正確に覚えていれば問題ないかもしれません、それもなかなか難しいです。血圧の薬といっても種類が沢山あり、その種類によって飲み合わせが不適切な場合もあります。そのためお薬手帳の存在は薬剤師にとって大変助かるのです。

これらを確認し、患者さんに応じて適切な説明・確認をしたり、副作用の注意を促したりします。そして最後にお薬をお渡しします。ここまで流れが「投薬」です。

以上が「お薬をお渡しするまでに薬剤師がしていること」のご紹介になります。思っていたより沢山の事をしているなど感じた方が多いのではないでしょうか。もし気になることがあれば、お気軽に薬局の薬剤師に質問してみてください。

若年性認知症



“早期発症”認知症

わが国では、認知症を発症した年齢によって区別し、65歳未満で発症した場合を「若年性認知症」、65歳以降で発症した場合を「老年期認知症」と呼びます。「若年性」と言っても発症年齢が絶対的に若い訳ではなく、65歳以降の高齢発症に対比する意味で用いられた用語です。欧米では、65歳未満で発症した場合を「早期発症認知症」と呼び、65歳以降で発症した場合を「晚期(老年期)発症認知症」と呼び、「若年性」という用語は用いません。若年性認知症は、認知症全体の約5%で、わが国では4万人くらいの患者さんが存在すると考えられています。若年性認知症を起す原因疾患は、アルツハイマー病が最も多く、全体の約半分を占めます。次いで、脳卒中を基盤とする血管性認知症、前頭側頭葉変性症、外傷による認知症、レビー小体型認知症などの順になります。また、全体として、高齢者の認知症は女性に多いのに対して、若年性認知症は男性に多い傾向にあります。

若年性認知症
65歳未満で発症老年期認知症
65歳以降で発症

症例は同じ

1907年にアロイス・アルツハイマーが最初に報告した症例が50代で認知症を発症していたことに注目して、ドイツ精神医学界の大御所エミール・クレペリンが認知症の教科書の中で、初老期発症と重症の認知機能低下をアルツハイマー病の特徴に挙げたことから、若年発症(初老期発症)と老年期発症に区別するようになったと考えられます。

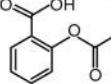
臨床研究センター長
あざみ野健診クリニック施設長

長田 幹

次号連載第十六回
に續きます

お薬にまつわる
あんな話こんな話
そんな話も

谷川博士の



お薬 よもやま話



薬剤部副部長
谷川 浩司
<連載第9回>
Illustration by Ken Nagata

お薬の飲み合わせ（薬物相互作用）の基本

■治療のためにお薬を服用されている皆さんの中には、1種類だけでなく、数種類のお薬と一緒に又は同じ日に飲まれている方がおられるかもしれません。また、お薬を服用するときも、お水で飲んだり、白湯で飲んだり、食事の後お茶で飲んだり、一息ついた後のコーヒーの残りで流し込んだり、腰に手を当てて牛乳で飲んだり、サプリメントゼリーで飲んだり、お酒で飲んだり？と様々かと思います。今回から数回にわたって、お薬だけに限らず、その飲み合わせについていくつかお話を紹介していきたいと思いますが、まず、一つの結論を最初に述べます。

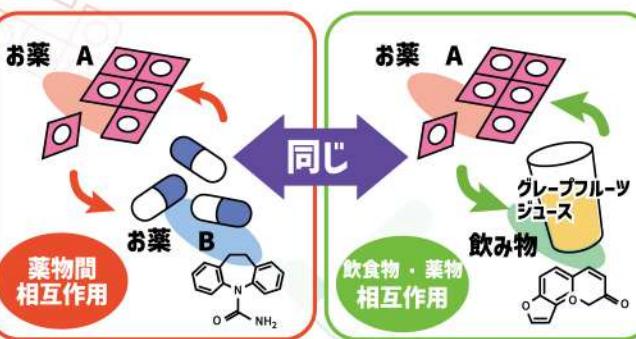
お薬はぬるめの白湯で飲みましょう
お薬はぬるめの白湯で飲みましょう

大事なことなので2回書きました。
なお、決して、お酒とともに服用してはいけません。場合によっては命にかかります。悪いことは言いませんから、ぬるめの白湯で飲みましょう。また、熱い白湯はやけどをします。十分注意してください。

ぬるめの白湯を用意するのは、とても面倒かもしれません。このお薬の飲み合わせシリーズを読むことで、その理由が分かってきますので、どうぞ安心ください。

■お薬の飲み合わせですが、これを専門用語では「薬物相互作用」と呼びます。専門用語で話を進めるにカッコ良いので、以降は「薬物相互作用」と書くことにします。薬物相互作用にはいくつかのパターンがあります。まず、組み合わせから考えると、

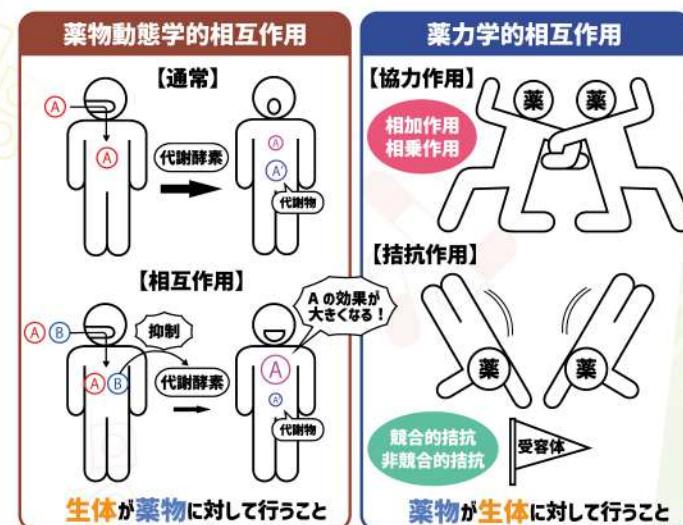
- ・お薬とお薬の飲み合わせ（薬物間相互作用）
- ・食べ物（飲み物）と、お薬の飲み合わせ（飲食物・薬物相互作用）



がありますが、お薬は化学物質ですし、味気ない言い方ですが、食べ物（飲み物）も化学物質ですから、本質的には同じことといえます。

また、相互作用の仕組み（機序）から考えると、大きく分けて以下の2種類があります。

- ・お薬の吸収・分布・代謝・排泄に影響を与える（薬物動態学的相互作用）
- ・お薬の効き方に影響を与える（薬力学的相互作用）



相互作用の機序で考えると、お薬とか飲食物とかで分ける必要がなく、化学物質として同列に扱えるので、一貫性のある理解を助ける意味で、とても有用といえます。

■以降では、薬物動態学的相互作用と薬力学的相互作用について、順を追って説明を試みますが、実は過去8回のよもやま話の中で、薬物動態（吸収・分布・代謝・排泄）と薬力学（効き方）についてはかなり詳しく説明しています。過去のお話を参照しながら眺めると、よりイメージしやすいかもしれません。

■それでは、薬物動態学的相互作用の説明をしたいところですが、誌面が足りません。次回は、薬物動態学的相互作用の中でも、特にお薬の吸収過程で起こりがちな相互作用について説明したいと思います。

次号も博士のよもやまが続きます



よこそ

医療福祉情報局

働けなくなったときに
受けられる公的保障とは

もしも突然…働けなくなったら?
どうしよう心配…

病気やケガで仕事を休むことになった時の手当てや補償について

もしも突然、病気やケガで働けなくなったら…と思って不安になったことはありませんか？
収入がなくなってしまった場合でも、最低限の生活を送れるだけのお金がもらえるしくみがあります。

労災保険とは

労働者が業務や通勤が原因となって発生した、負傷、疾病、死亡等の被害を負った労働者本人やその遺族の生活を守るために公的保険制度です。労働災害は、「業務災害」と「通勤災害」の2つに分けられます。

傷病手当とは

会社などに勤めている人が病気やケガで働けなくなったときの生活保障の制度です。
加入している健康保険組合などへ申請することで、支給の条件を満たしていれば傷病手当金を受給できます。

労災保険（休業補償）

保障内容

業務上による病気・ケガ・障害・介護・死亡に対する保険給付

対象者

すべての労働者（公務員は対象外）

給付額

(基本分) 給付基礎日額 × 60%
(休業特別支援金) 給付基礎日額 × 20%

給付期間

無期限（病気が治るまで）

支給要件

- ・業務中、通勤途中を要因とする病気・ケガで療養の必要があること
- ・仕事ができないこと
- ・通算して3日間休んでいること

健康保険（傷病手当金）

業務外の私的な病気やケガが原因による休職中の収入保障

健康保険組合の加入者（国民健康保険は対象外）

標準報酬月額 ÷ 30 × 2/3

最長 1年 6ヶ月

- ・業務外の病気、ケガで療養の必要があること
- ・仕事ができないこと
- ・連続する3日間を含んで4日以上休んでいること

障害年金とは

障害年金は、病気やケガによって生活や仕事などが制限されたようになった場合に、受け取ることができる年金です。傷病手当の受給期間を超えて働けない状態にあるような、重度の障害が残ってしまった時に年金をもらうことができます。



横浜総合病院の相談窓口は地域医療総合支援センターです。

お気軽にお声かけください。☎ 045-903-7152 (患者相談室)

参考：厚生労働省 HP（労災保険とは 労働保険特設サイト）/ 全国健康保険協会 / 日本年金機構

認知症センター養成講座

11/11(土)たまプラーザ地域ケアプラザにて、認知症センター養成講座を開催いたしました。当院の医師・ソーシャルワーカー、臨床心理士、ならびに地域包括支援センター主任ケアマネジャーが講演を行いました。

認知症基本法が制定・公布された本年。多くの方が来場され、関心と共にご聴講をいただきました。



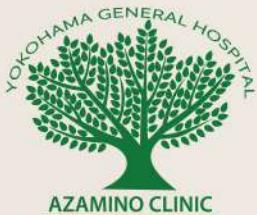
2023年12月～2024年1月 年末年始診療時間

木	金	土	日	月	火	水	木
	28	29	30	31	1	2	3
診療関連	午前診療のみ 午後休診						通常診療
循環バス	午前運行のみ 午後運休						通常運行
売店	9:00 17:00	9:00 13:00					9:00 17:00
セブンイレブン	8:00 20:00			8:00 18:00			8:00 20:00
							※閉店時間が早まりますのでご注意ください

人間ドックのご案内

～年に一度の健康チェックを～

私たちは定期的な健診をお受けいただくことで、皆様の健康管理、疾患予防のお役に立ちたいと願っております。ご受診を心よりお待ちいたしております。



医療法人社団緑成会 横浜総合病院附属
あざみ野健診クリニック

- ・インターネット予約
- ・あざみ野駅より徒歩1分
- ・総合病院との連携



〒225-0011
横浜市青葉区あざみ野2-2-9
あざみ野第3ビル4F

TEL:045-522-6300
FAX:045-903-0777
Web:azamino-clinic.com



横浜総合病院ご案内

あざみ野駅、青葉台駅、鶴川駅、奈良北団地、こどもの国駅、麻生、すすき野方面より当院直通バスを運行しております。
詳しくは下記HPをご覧ください。

路線バス

東急田園都市線「あざみ野駅」から
「あ27系統すすき野団地」行き
「もみの木台」下車徒歩7分
小田急線「新百合ヶ丘駅」から
「新23系統あざみ野駅」行き
「もみの木台」下車徒歩7分

診察時間

午前	受付 8:00~11:30 診察 9:00~12:00
午後	受付 1:30~ 4:30 診察 2:00~ 5:00



【編集後記】

さて、早くも年末ですいつもながらあつという間の一年でした。
2023年を振り返ると楽しい事、辛かった事ともに沢山あり充実した一年でした。
2024年も「一日一生」を胸に刻み日々大切に過ごしたく思います。
横浜総合病院にご縁がありました皆様が、穏やかに年末年始をお迎えになります事、新しい年が少しでも良い年になります事をお祈りしております。

(TOMO KAWAI)

今年も残りわずかとなってまいりました。歳を重ねるごとに月日の経過が早く感じられるようになります。ただ今年の長引く猛暑から一転、急激な冷え込みという寒暖の激しさもあってそう感じただけなのかもしれません。ともあれ周囲はすっかり年の瀬の景色となりました。どうぞ皆様も良いお年をお迎えください。
今月号も無事に脱稿できましたことを関係各位に厚く御礼申し上げます。

(TAKEHITO OGOMA)

プロムナード VOL.368

発行日:2023年12月1日

制作・編集 医療法人社団 緑成会 横浜総合病院
総務課『プロムナード』編集室

発行人:岩坪 新

〒225-0025
横浜市青葉区鉄町2201-5
TEL 045-902-0001